



**Regione del Veneto
AZIENDA U.L.S.S. N. 6 EUGANEA**

**MODULO DI CONSENSO ALLA PARTECIPAZIONE DI MINORE/INCAPACE ALL'ESECUZIONE DEL TEST
ANTIGENICO RAPIDO IN FARMACIA PER IL RILASCIO DI CERTIFICAZIONI VERDI COVID-19**

Io sottoscritto(nome)_____ (cognome)_____

Residente in _____ Via _____

Documento di riconoscimento _____

In qualità di (genitore,tutore,affidatario) di :

(nome)_____ (cognome)_____

Nato/a il _____ a _____

Acconsento alla sua partecipazione all'esecuzione del test antigenico rapido per la rilevazione del
Contagio da SARS-CoV-2.

Data _____

Firma _____

Indirizzo mail _____

Recapito telefonico _____